16

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES FORMES RÉNALES DE LA GRIPPE

N° 87
16.

Contribution à l'Etude
DES FORMES RÉNALES
de la
GRIPPE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 29 JUILLET 1905

PAR

Louis DALARD

Né à St-Laurent-la-Vernède (Gard)

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MESSIET ET JEANJEAN
14-16, Rue des Etuves, 14-16

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....		GRYNFELTT.
— — M. GUÉRIN (ch. du cours).		
Thérapeutique et matière médicale.....		HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....		MAIRET (✻).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....		TRUC.
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie.....		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.....		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		BOSC.
Hygiène		H. BERTIN-SANS.

PROFESSEUR-ADJOINT : M. RAUZIER
DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM.	VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards ...		RAUZIER, agrégé libre. Professeur-adjoint.
Pathologie externe		DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....		RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	ED. GRYNFELT
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE
MM. CARRIEU, *président.*
DUCAMP.
DE ROUVILLE
SOUBEIRAN.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertation qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leu donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES SŒURS

A LA MÉMOIRE D'UN ONCLE VÉNERE

A MON PERE

A MA MERE

L. DALARD.

A MA FIANCÉE

Faible hommage d'une très vive tendresse

A MES FUTURS BEAUX-PARENTS

Témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

L. DALARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

L. DALARD.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES DOCTEURS DE L'HOPITAL RUFFI

A NIMES

MEIS ET AMICIS

L. DALARD.

AVANT-PROPOS

Avant que de quitter notre chère Faculté, nous considérons comme un devoir, — mais un devoir bien doux, de dire notre reconnaissance à ceux de nos Maîtres dont la bienveillance et le dévouement ont été pour nous de précieux auxiliaires.

C'est, d'abord, à M. le professeur Carrieu dont nous avons su apprécier, durant le cours de nos études médicales, le si judicieux sens clinique. C'est sous ses auspices et avec ses conseils que nous avons entrepris ce travail. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur Ducamp nous permettra d'inscrire ici son nom afin qu'il sache combien nous lui devons de reconnaissance pour les attentions charmantes qu'il a eues pour nous. Qu'il veuille bien recevoir aussi le témoignage de notre

grande et très respectueuse admiration, comme un hommage bien sincère dû à son enseignement savant et dévoué.

M. le professeur agrégé de Rouville, dont nous avons eu l'honneur — et la faveur d'être l'interne pendant quelques mois en 1903, a guidé nos premiers pas dans l'art de la chirurgie. Nous le remercions bien sincèrement de l'affection toute particulière qu'il nous a toujours témoignée, et des leçons si pratiques — en même temps si intéressantes, qu'il nous a données.

M. le professeur agrégé Soubeiran a toujours été pour nous un ami : nous nous souviendrons de l'affabilité charmante avec laquelle il nous recevait chez lui, alors qu'il était encore chef de clinique, et des marques d'amitié qu'il n'a cessé de nous donner.

Nous rappellerons à M. le professeur agrégé Poujol l'intérêt qu'il nous a porté durant le cours de nos études pour lui rappeler aussi combien nous lui devons de gratitude.

Durant le peu de temps que nous avons passé à l'Internat de Nîmes, M. le docteur Reboul nous a toujours honoré de sa sympathie et de sa bienveillance. Nous le remercions ici bien vivement pour la bonté avec laquelle il nous a accueilli, pour les sages conseils qu'il nous a prodigués, et nous remercions avec lui MM. les docteurs Crouzet, Gauch, Gilis et Olivier pour la grande faveur qu'il nous ont faite en certaine circonstance. Notre maladie nous a fait renoncer bien à regret à leurs leçons. Nous leur exprimons, ainsi qu'à MM. les Internes, l'assurance de notre entier dévouement.

M. le docteur Pagès, chef de clinique médicale à la Faculté,

ne nous a ménagé, durant notre maladie, ni son temps, ni sa peine. Il nous a soigné avec cette science et ce zèle que chacun lui connaît. Il a droit à toute notre gratitude.

Enfin, — et par-dessus tout — il est un pieux devoir que nous accomplissons avec une bien vive émotion et une joie infinie: celui de dire à nos parents très aimés notre vive affection et l'immense dette de reconnaissance que nous avons contractée envers eux.

C'est à force de sacrifices et de dévouement qu'ils ont fait de nous ce que nous sommes.

Nous ne l'oublierons jamais.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES FORMES RÉNALES DE LA GRIPPE

INTRODUCTION

Le 6 avril (1) dernier, la *grippe* nous envahissait avec sa brusquerie ordinaire et ses symptômes habituels : frissons intenses, céphalalgie, anorexie, courbature, coryza, angine température (38°2), etc., etc...

Après une nuit agitée les symptômes de la veille s'accentuèrent et le matin, à notre lever, notre attention fut attirée du côté de nos urines dont la rareté et l'aspect anormal nous frappèrent vivement.

L'idée d'une néphrite vint à notre esprit, — mais nous la rejetâmes vite comme on rejette volontiers l'idée de tout ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses, et, comme, d'ailleurs, nous ne constatâmes pas la moindre trace d'œdème palpébral ou malléolaire, que, d'autre part, la

(1) Voir plus loin auto-observation. N° 1.

région lombaire n'était pas douloureuse, nous pensâmes que l'état de nos urines devait être mis sur le compte de la fièvre.

Cependant, les manifestations de la grippe prenant de nouvelles proportions, et nos urines se faisant de plus en plus rares et noirâtres, l'idée d'une néphrite se précisa dans notre esprit ; et notre excellent ami le Dr Pagès, qui eut l'obligeance d'accourir à notre appel pour nous prodiguer ses soins et mettre à notre disposition les ressources de sa science confirma à priori notre diagnostic. Il emporta le peu d'urines que nous avions émises, pour les analyser, et l'analyse très concluante, y révéla des cylindres granuleux, 0 gr. 75 d'albumine et des globules sanguins.

Il y avait certainement un rapport entre la grippe et la néphrite.

Nous n'avions jamais rien eu du côté du rein, et quelques jours auparavant, après avoir analysé les urines d'une malade à l'hôpital de Nimes, nous avions eu l'idée d'en faire autant pour nous — l'analyse avait été négative.

Cette poussée de néphrite paraissait donc être sous la dépendance de l'infection grippale. Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant d'étudier dans ce travail les formes rénales de la grippe, en mettant surtout en lumière cette forme un peu méconnue qui fait l'objet de notre auto-observation. Certes, la question n'est pas neuve, et l'Historique que nous avons fait montre que depuis Lœw (1729), les auteurs et les cliniciens ont signalé des faits de ce genre. Les classiques contemporains en font mention, mais en un cadre si restreint — comme par hasard — que bien souvent la question peut passer inaperçue. Ils décrivent communément une forme nerveuse, respiratoire, gastro-intestinale de la grippe... ; pourquoi laisser dans l'ombre la forme

rénale, puisqu'elle existe et qu'elle « apparaît souvent » comme le dit si bien Rachkford (1) « non comme une séquelle de l'influenza, mais comme un symptôme de l'infection grippale » et que « le poison attaque les reins en produisant une néphrite suraiguë de la même façon que dans d'autres cas il attaque le poumon, les intestins ou les méninges ».

Pourquoi réserver une place si restreinte à la néphrite à la néphrite grippale, quand on fait les honneurs d'un long paragraphe à la néphrite scarlatineuse ou éberthienne?

Et, cependant, la grippe est une maladie infectieuse au même titre que la scarlatine ou la dothiénenterie. Divers auteurs parmi lesquels Pfeiffer en 1882, ont décrit tour à tour un microbe qu'ils ont regardé, — à tort ou à raison — comme agent spécifique de la grippe; il ne faut pas s'étonner que ce microbe agisse sur le rein pour y déterminer des lésions.

Nous savons bien que la forme rénale de la grippe est une rareté, — mais en revanche, rien n'est plus fréquent que la grippe, et les néphrites qu'elle peut occasionner pourront être d'autant plus fréquentes qu'elle le sera elle-même.

On invoquera peut-être la bénignité habituelle des néphrites grippales... Certes, la scarlatine ou la fièvre typhoïde, quand elles se localisent sur le rein assombrissent davantage le pronostic; l'uremie survient parfois, à moins que le mal de Bright ne s'installe insidieusement. Mais si dans l'immense majorité des cas, la néphrite grippale adoucit ses coups, elle peut aussi prendre une allure plus meurtrière et

---

(1) B. K. Rachkford. — Acute influenzal néphritis in childood. M.de News 1902.

aboutir soit à l'urémie, soit à un mal de Bright quelquefois mortel, ainsi qu'en font foi diverses observations.

De ce qu'elle a été imparfaitement mise en évidence dans les auteurs, il s'ensuit qu'on n'y pense pas dans la pratique: nous voulons surtout parler de la néphrite qui est décrite dans notre auto-observation et dans laquelle on ne trouve aucun symptôme apparent, tel qu'œdème palpébral, douleurs lombaires, etc.

Un malade accuse de la céphalalgie, de la courbature, des frissons, un coryze ou une amygdalite; le thermomètre marque 38° à 39°, quelquefois davantage, et le diagnostic de grippe est posé... La grippe c'est quelque chose de banal !... on se rappelle la boutade de Broussais et on pense que c'est « une invention de gens sans le sou et de médecins sans clients, qui n'ayant rien de mieux à faire se sont amusés à créer ce farfadet » et on se donne bien la peine de regarder les urines!; la famille, d'ailleurs, a eu tôt fait de les faire disparaître comme quelque chose d'inutile, et répond invariablement : « Elles étaient un peu chargées». On met ça sur le compte de la fièvre et on n'insiste pas.

On prescrit alors des antithermiques, des boissons alcooliques — et, au bout de quelques jours, quelquefois le lendemain, on est tout surpris de trouver un malade dans le délire, ave des vomissements, de la dyspnée, de la bouffissure au visage et de l'anurie, — le tableau de l'urémie.

Ceci est exact ! un de nos camarades nous citait dernièrement un cas absolument typique dans lequel un malade présenta au cours d'une grippe des phénomènes semblables avec prédominance du côté du cerveau. Le diagnostic de méningite fut alors porté ; mais, les phénomènes persistant et s'aggravant, un second confrère fut appelé qui porta le diagnostic d'urémie.

Quelle différence dans le pronostic! et quelles erreurs peuvent entraîner l'incurie ou l'ignorance!

Il nous apparaît donc comme un devoir de jeter un cri d'alarme — bien imparfait, d'ailleurs — et d'essayer de montrer dans ce modeste travail que, puisque la néphrite grippale existe — qu'elle n'est pas d'une excessive rareté et qu'outre les formes ordinaires, elle peut affecter une forme anormale et pauvre en symptômes, il importe d'y *penser* pour la traiter convenablement sous peine d'exposer son malade aux pires complications.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

Après un exposé *historique* où nous citons les auteurs qui se sont occupés de la question et où nous analysons brièvement le résultat de leurs observations, nous abordons le côté *étiologique* dans lequel, après avoir rappelé que la grippe est une maladie infectieuse, nous montrons qu'elle peut, à ce titre, avoir un retentissement sur le rein par l'intermédiaire de son agent pathogène que nous décrivons rapidement.

Ceci étant établi, nous nous occupons de savoir comment ce microbe agit (*Pathogénie*) et quels sont les lésions qu'il détermine (*Anatomie Pathologique*) (1)

Puis nous faisons l'*étude clinique* de la néphrite grippale et nous passons successivement en revue ses formes, son mode de début, sa symptomatologie, son *évolution*, — et son *pronostic* (2). Chemin faisant, nous donnons des exemples personnels ou empruntés aux divers observateurs.

Nous terminons par le *Traitement* dans la période aiguë, et dans la convalescence.

---

(1) Ces différentes considérations sont groupées sous le titre « Etiologie et Pathogénie ».

(2) Ceci fait l'objet d'un chapitre spécial.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

« Sous la dénomination de maladies catarrhales », dit F. Widal, « les anciens réunissaient des maladies si diverses, qu'il est difficile de déterminer les épidémies de grippe ayant sévi dans l'antiquité. Il est possible que la première épidémie remonte à 473, comme le veut Hisrch. »

En tout cas, la forme rénale de la grippe semble avoir été méconnue jusqu'à l'épidémie de 1729, ou Lœw (1), le premier attire l'attention sur « des malades qui avaient le visage bouffi et les yeux ternes ». « Les femmes enceintes, ajoute-t-il, avaient en outre des douleurs à la région lombaire, aux reins et au ventre. »

---

(1) Lœw : Ephem, nat. cur.

En 1732, « il y avait des malades dont les urines étaient peu abondantes, fortement colorées et sans sédiments, et elles continuaient dans cet état quelque temps, même après que la fièvre était terminée (1). »

En 1759, nous trouvons dans les actes de l'Académie de Stockholm (2), des faits qui révèlent presque certainement des cas de néphrite concomitante ou consécutive à la grippe : « L'armée Suédoise ayant pris ses quartiers d'hiver en 1759, beaucoup de soldats furent pris d'une fièvre catarrhale épidémique, qui se terminait ordinairement par une crise imparfaite. Les pieds, les jambes, les cuisses se tuméfiaient et souvent il se déclarait une hydropisie. On essaya de combattre cette métastase de la matière morbide par l'usage des purgatifs, qui causaient une diarrhée aqueuse, sans soulager les malades.

Les diurétiques obtinrent plus de succès, et surtout la lessive des cendres de gènevrier ou de genêt. Les malades en buvaient par jour, depuis une chopine jusqu'à une pinte et même davantage.

Dès lors, les urines étaient abondantes et l'enflure se dissipait. »

Durant l'épidémie de 1837, les rapports de l'Académie de Médecine constatent que cette épidémie est grave et émettent les conclusions que « les formes ophtalmique, *néphritique*, rhumatismale, hémorrhagique, typhoïde, ont été assez fréquentes dans la grippe des départements (3).

En 1886, on cite un certain nombre de cas de grippe avec

---

(1) Ozanam, *Medical essays of Edimbourg*, t. I, p. 136.
(2) Ozanam, *loc. cit.*, p. 137.
(3) *Gaz. med.* de Paris, 1837, p. 195.

albuminurie ; on trouve de ces exemples dans la thèse de *Ménétrier* (1).

Avec l'épidémie de 1889, les relations se multiplient, se précisent et *Fiessinger* (2) attire sérieusement l'attention sur les complications génito-urinaires de la grippe. Le premier, il constate et distingue la simple congestion rénale, la néphrite à type hémorrhagique, et le mal de Bright aigü.

Le professeur *Potain* dans une *Leçon sur la grippe* (3), attire l'attention sur le début possible d'une néphrite catarrhale par une hématurie. *Budd* (4) dans une revue d'ensemble adopte et étudie la néphrite grippale et ses conséquences.

Duponchel rapporte à la Société médicale des hôpitaux un cas de grippe infectiense avec autopsie, l'examen des reins indique une néphrite interstitielle (5).

Leyden (6), dans se communication à la Société médicale de Berlin, et dans ses publications, rapporte trois observations de néphrite grippale, dont une suivie d'autopsie.

Sympson (7) relate une observation de néphrite grippale où le terrain « débilité et prédisposé » se prêtait facilement à cette complication.

Vignerot (8) cite deux cas de néphrite grippale ayant

---

(1) Ménétrier, *Grippe et Pneumonie*, th. Paris 1886.

(2) Fiessinger, *La grippe infectieuse à Orgnac (Ain)*, Paris 1889.

(3) Potain, *Union méd.*, 21 décembre 1889.

(4) Budd, *Ugest for Laeger*, 4, R. XXI, 1890.

(5) Duponchel, *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, n° 2, p. 44, 1890.

(6) Leyden, *Wien med. Blatt*, 19 janv. 1890, Soc. méd. de Berlin, séance 15 fév. 1890.

(7) E. Mansel-Sympson, *The Lancet*, 10 mai 1890.

(8) Vignerot, *Les néphrites infectieuses*, Th., Paris 1890.

passé à l'état chronique, tous les deux suivis de mort.

Tuvache (1) fait sa thèse sur la « néphrite grippale » et étudie successivement l'albuminurie du début de la grippe, la néphrite vraie, la néphrite grippale, subaiguë ou chronique.

Diard (2) insiste sur la fréquence de l'albuminurie dans la grippe ; d'après lui, elle serait constante et existerait dans toute grippe. Il insiste sur l'inutilité et même le danger de l'application des vésicatoires.

Lécorché et Talamon (3), en présence d'une malade en convalescence de grippe et où rien ne pouvait expliquer l'état de faiblesse et d'anémie de la patiente, eurent l'idée d'examiner ses urines et y trouvèrent de l'albumine. Un traitement approprié améliora la malade et confirma le diagnostic de néphrite grippale.

Dans le Medical News, *Rachkford* (4) étudie le néphrite grippale chez les enfants et rapporte quatre observations absolument concluantes.

D. J. *Milton Miller* (5) de Philadelphie fait un travail très documenté sur la néphrite hémorragique de l'influenza. Il cite à l'appui un cas très détaillé et en résume 40 autres.

Enfin M. M. Brault (6), Caussade (7) et Widal reconnaissent que la grippe, comme les autres maladies infectieuses s'accompagne souvent d'altérations rénales.

---

(1) Tuvache, *La néphrite grippale*, th., Paris 1891.

(2) Diard, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 8 juin 1892.

(3) Lécorché et Talamon, *Sur un cas d'albuminurie intermitt.*, Méd. mod., 1892.

(4) Loc. cit.

(5) D. J. Milton Miller. A case of acute hemorragic nephritis complicating, influenza. Archives of Pediatry 1902.

(6) Chapitre glomérul-nephrite du traité de médecine, tome V.

(7) Même chapitre du manuel de médec. de Debove et Achard, t. VI.

Cette longue énumération d'auteurs et de travaux suffit à montrer que le sujet a été étudié aussi minutieusement que possible et que selon le mot de La Bruyère « tout est dit et l'on vient trop tard, depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent. »

Certes, nous n'avons pas la prétention d'avoir trouvé du nouveau — nous voulons essayer seulement se mettre en évidence quelques points encore un peu dans l'ombre et de montrer à la lumière d'observations concluantes que la néphrite grippale est essentiellement « protéiforme », que dans certains cas elle mord sans aboyer et qu'il importe, par conséquent d'être prévenu sur ce mode d'attaque pour la dépister le plus tôt possible et conjurer de ce fait, les pires catastrophes.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La grippe est une *maladie infectieuse*. C'est là un fait nettement établi ; toutefois il ne nous paraît pas inutile de rappeler à grands traits ses manifestations multiples et les éléments sur lesquels on se base pour démontrer son caractère infectieux.

Ce qui fait son caractère infectieux c'est, d'abord, l'allure qu'elle prend lorsqu'elle frappe l'organisme : invasion brusque le plus souvent, en pleine santé, avec frissons hyperthermie, céphalée, courbature, inappétence. Ce sont ses localisations plus ou moins précoces sur les divers organes, et c'est « pour ce mobile, nous dit Jaccoud, que j'ai dû la classer dans les maladies généralisées, auxquelles j'ai assigné pour caractères distinctifs l'absence de localisation fixe, unique, et la diffusion des déterminations morbides. »

« Pas un organe, pas un système ne semble lui avoir

échappé » lit-on dans le *Lyon Médical* (1). « On a noté des inflammations de la cavité buccale et du pharynx, des laryngites, des hémorragies de toute nature, des exanthèmes, des *néphrites*, etc., etc... »

Le système nerveux est ordinairement atteint. A part la céphalalgie, la dépression ou l'excitation, les névralgies, les hyperesthésies et les douleurs plus ou moins vives, on a noté du côté de l'encéphale des désordres psychiques parfois très marqués. M. Geoffroy a cité un cas de délire aigu avec agitation maniaque. On a signalé de la dépression mentale avec confusion des idées, — du délire hypocondriaque — des cas d'hystérie constatés par M. le professeur Grasset — d'épilepsie jacksonienne. Enfin la grippe peut être une cause de folie, et M. Mairet (2) a établi les rapports étiologiques et pathogéniques de la grippe avec l'aliénation mentale.

Du côté de l'appareil *respiratoire*, elle peut toucher isolément et simultanément le nez, le pharynx, le larynx, la trachée, les bronches, le parenchyme pulmonaire et la plèvre. Il nous paraît inutile de nous étendre sur ces manifestations qui ont été signalées partout.

Après les symptômes nerveux et les localisations respiratoires de la grippe, les phénomènes *gastro-intestinaux* sont les plus importants et en imposent parfois pour des phénomènes de fièvre typhoïde. A noter l'état saburral de la langue, l'anorexie, les vomissements, les accès de gastralgie, la constipation ou la diarrhée, etc.

Les formes cardio-vasculaires sont assez fréquentes ; on a

---

(1) *Lyon Médical*, 1890, p. 172.
(2) *Montpellier Médical*, mai et juin 1890.

signalé des endo-péricardites, des myocardites, des aortites, des phlébites ; enfin des hémorragies de toutes sortes.

Il nous paraît inutile de multiplier les exemples ; ceux qui précèdent suffisent à rappeler le caractère infectieux de la grippe.

Puisque ce caractère est nettement établi, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'il puisse se faire une localisation grippale sur le rein, de même que sur les autres organes, comme cela se passe dans l'infection éberthienne, scarlatineuse ou autres.

Les cas sont extrêmement nombreux où nous avons observé des localisations de ce genre au cours de la *dothiénentérie* et ces jours-ci encore nous avons vu, dans le service de notre maître M. le professeur Carrieu, un typhique qui faisait une néphrite aiguë d'origine éberthienne,

La scarlatine a, le plus souvent, un retentissement sur le rein. La néphrite apparaît alors, soit au début et Heidenhain donne une proportion de 80 %, soit tardivement, dans une proportion de 30 à 50 %.

Dans la *variole*, l'albuminurie précoce fébrile est fréquente. Elle survient à la période d'invasion (Trousseau), plus rarement au début de l'éruption (Jaccoud) et cesse à la fin de cette période.

Mosets a vu trois cas d'anasarque par néphrite aiguë au cours d'une épidémie de *rougeole*.

Pratolongo, Renard et Henoch ont signalé des cas d'albuminurie apparue au cours des formes graves des *oreillons*.

Wade en 1857 a constaté les localisations rénales de la *diphtérie*.

La grippe va donc se comporter de la même manière, eu

égard à son titre de maladie infectieuse. M. Bouchard (1) nous montre d'ailleurs que « le caractère commun des maladies infectieuses c'est la formation de foyers secondaires » et que « les néphrites infectieuses résultent de la formation de ces foyers au niveau des reins. » « De même, ajoute-t-il, qu'il n'y a guère de rhumatisme polyarticulaire aigu sans déterminations morbides de l'endocarde, il semble qu'il n'y ait guère de maladie infectieuse sans détermination sur le rein. Aussi mon collègue et ami Landouzy a-t-il pu dire justement que les complications rénales sont aux maladies infectieuses ce que l'endocardite est au rhumatisme. »

« Maladie infectieuse » signifie « Maladie microbienne ». Quel agent pathogène incriminer dans la production de la grippe ? Depuis une quinzaine d'années, pas mal d'auteurs ont décrit tour à tour des microbes plus ou moins voisins les uns les autres, à qui ils ont successivement fait jouer un rôle dans l'étiologie de la grippe.

C'est ainsi qu'on a incriminé des microbes qui interviennent dans la production d'une foule de maladies tels que le staphylocoque (2), le streptocoque (3), le pneumocoque, et que d'autres auteurs tels que Seiffert (4), Max Joller, Kirschner (5), Babès (6), Klebs ont décrit des microbes qu'ils ont regardés comme spécifiques de la grippe.

A leur tour, MM. Teissier, Roux et Pittion ont découvert et décrit « un micro-organisme essentiellement polymorphe,

---

(1) Bouchard, *Revue de Médecine*, 1851, p. 671.
(2) Semaine médicale 1890 n° 5
(3) Vaillart et Vincent Bul. de la soc. med. des Hôpitaux 1884 p. 47
(4) Uber Influenza V. Wolkmann Sammlung klin. Vortrage Leipzig
(5) Recherches bact. sur l'influenza, Zeisethrift of Hygiena. Bd. 9 3. 1890
(6) V. Varlauf mittheil centralblat p. Bakt. Bd. VII n. 8, 15, 19, 1890

se présentant dans l'urine au moment de la défervescence sous forme d'un diplocoque encapsulé mobile, et, dans le sang, sous forme de strepto-bacille » (1). Par l'inoculation des cultures de ce diplo-strepto-bacille,— que ces cultures soient pures et complètes ou stérilisées et filtrées, ces auteurs on pu provoquer chez le lapin un état général se rapprochant de la grippe humaine par la marche de la température, par l'intensité des phénomènes nerveux et par les caractères anatomiques. La mort survenait neuf à quinze jours plus tard avec des accidents de *néphrite* infectieuse, amaigrissement, parfois des paralysies, mais le plus souvent des convulsions.

Enfin en 1892, Pfeiffer a isolé un microorganisme très petit (1 μ sur 1, 5 μ) très fin, immobile, ayant la forme d'un coccobacille, isolé ou en chaînettes de trois ou quatre éléments, très facilement colorable, mais ne prenant pas le Gram. « Sa culture, dit Berlioz (2) « ne se fait bien que sur gélose arrosée de sang de cobaye, de lapin, de pigeon »

C'est un aérobie strict, on le retrouve dans la salive, le mucus bronchique, le suc pulmonaire des malades atteints de l'influenza. Il est pathogène pour le singe (Pfeiffer) et à un moindre degré pour la souris, le lapin (Meunier, Rosenthal) le cobaye (Délius et Kolle).

Agit-il par lui-même ou par les associations microbiennes qu'il favorise ?

Les auteurs ne sont pas d'accord là-dessus; en tout cas les deux hypothèses peuvent être admises.

Est-il spécifique de l'infection grippale? Même incertitude à

---

(1) F. Widal in Traité Bouchard et Brissaud 1899

(2) Berlioz. Précis de Bactériologie médicale.

ce sujet. Depuis 1892, les controverses ont été nombreuses, et récemment encore cette spécificité a été mise en doute.

Quel que soit d'ailleurs l'agent pathogène de la grippe... qu'il s'appelle diplo-strepto-bacille ou bacille de Pfeiffer, — qu'il agisse par lui-même ou par les associations microbiennes qu'il provoque — qu'il soit enfin spécifique ou non de l'infection grippale, *comment*, autrement dit, *par quel mécanisme* agit-il sur le rein pour provoquer des lésions — et quelles sont ces lésions ?

Il est assez difficile, à priori, de déterminer le processus destructif employé par l'agent pathogène de la grippe... Agit-il par lui-même ou par ses toxines ?

Pour Bouchard, toute néphrite est la conséquence « de l'imprégnation du rein par le microbe même de la maladie infectieuse. L'agent morbide passerait dans l'urine à travers les épithéliums dont l'altération serait subordonnée à ce traumatisme. »

Il est évident que, d'une façon générale, on a retrouvé dans le rein des malades le microbe à qui était due, à ce moment, leur maladie.

Cet ainsi que Faulhaber a mis en évidence le diplocoque de Talamon dans le rein de pneumoniques et le bacille d'Eberth dans le rein de typhiques... et que Teissier (1), après avoir injecté à des animaux des cultures virulentes de son diplo-bacille a observé, à l'autopsie, une congestion des reins, l'altération des épithéliums et le diplo-bacille lui-même.

La présence du bacille dans le rein des individus porteurs

---

(1) *Semaine médicale*, 1892.

d'une lésion rénale évoluant en même temps qu'une maladie telle que la dothiénentérie, la pneumonie ou la grippe a amené la plupart des auteurs à incriminer le bacille lui-même de l'infection première, dans la production de la lésion rénale secondaire à cette infection, et c'est ainsi que Gaucher (1) a émis des conclusions que nous résumerons en quelques mots: Les lésions rénales sont dues à des embolies capillaires microbiennes ou à l'accumulation et au séjour des parasites dans le rein ... Il se passerait là soit des phénomènes d'irritation, soit des troubles de nutrition des éléments anatomiques qui aboutiraient à la production d'une néphrite proprement dite.

Actuellement une théorie nouvelle a totalement ruiné cette conception ancienne que nous venons de rappeler. Des expérimentateurs se sont mis à l'œuvre et ont montré que les microbes agissent plutôt *par les produits solubles qu'ils renferment ou sécrètent*, et que tous les processus locaux attribuables aux microbes peuvent être reproduits au moyen de toxines débarrassées de germes vivants. C'est ainsi que Teissier reprenant les expériences que nous avons mentionnées il y a un instant, injecte seulement les produits filtrés et stériles de son diplo-bacille et retrouve à l'autopsie les mêmes lésions rénales que précédemment.

Nothnagel incrimine plutôt les toxines « en raison de la faible gravité de la grippe, de son début brusque et de la généralisation rapide de ses accidents », et il ne pense pas que les microbes pénètrent directement dans le rein, mais agissent bien plutôt par les toxines qu'ils sécrètent.

Les travaux de Rummo et Bordoni ont établi le passage

---

(1) Gaucher, Thèse d'agrégation, Paris 1889.

des toxines dans le sang. Si les toxines existent dans le sang, il n'y aura rien d'étonnant à ce qu'elles passent dans le rein. Celui-ci, en effet, semble prédisposé à participer aux altérations générales de l'organisme de par sa fonction physiologique et sa structure anatomique : émonctoire naturel des déchets organiques, il possède, de plus, une très riche vascularisation ; — si on ajoute à cela que la pression sanguine est plus forte au niveau du glomérule que dans le reste du système capillaire, — en même temps que le cours du sang s'y trouve ralenti, on comprendra aisément que le rein sera facilement lésé par les toxines que le sang y aura chargées.

Quelles sont ces lésions ?

L'*anatomie pathologique* de la néphrite grippale est difficile à déterminer. Les résultats varient selon les cas :

A l'autopsie d'une femme de 25 ans, ayant succombé à une néphrite grippale., Leyden (1) trouva les reins gros, teintés de rose et arrivés à la première période du mal de Bright. Au microscope, il constata que les capsules de Bowman étaient dilatées, agrandies, remplies de nombreux éléments cellulaires qui s'étaient introduits entre la capsule et le glomérule et comprimaient ce dernier plus ou moins fortement.

Mosler, cité par Milton Miller (1), rapporte un cas dans lequel « l'autopsie montra en plus, une néphrite hémorragique parenchymateuse, glomérulaire et interstitielle.

» L'épithélium des tubes contournés présentait divers

---

(1) Leyden, *Zur pathologie der influenza*, Berlin, Klin Woch, 1890, n° 10.

(2) B. J. Milton Miller. — A case of acute hemorrhagic nephritis complicatin influenzag (*Archives of Pediatry*, Philadelphie, 1902).

degrés de dégénérescence, depuis la granulation du protoplasma jusqu'à la dégénérescence graisseuse, et les tubes eux-mêmes étaient remplis de globules. »

Milton Miller cite le cas d'un enfant de 5 mois dont les reins étaient ramollis et congestionnés : « De nombreuses et petites hémorragies étaient disséminées dans leur parenchyme avec des hémorragies dans l'intérieur des tubes urinifères. Ceux-ci présentaient de la dégénérescence albuminoïde ».

Outre la néphrite glomérulaire et parenchymateuse, Duponchel rapporte un cas de néphrite interstitielle, Beneke, deux cas dans lesquels se produisirent des processus étendus de nécrose et Tuvache (2) un cas de néphrite mixte.

Toutefois, les lésions sont celles d'une néphrite infectieuse ou toxique dont le type est la néphrite de la scarlatine, c'est-à-dire des lésions de *glomérulo-néphrite* ou de *capsulo-néphrite*.

---

(2) La néphrite grippale, Th., Paris, 1892.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

A quel moment de son évolution, la grippe frappe-t-elle le rein ? Autrement dit quel mode de *début* affecte la néphrite grippale ?

Les statistiques de Tuvache et Lamarque montrent qu'elle peut se produire, soit brusquement, dès le début ou presque, de l'infection grippale, soit insidieusement après que les phénomènes aigus ont disparu. Nous passerons volontiers sous silence les cas dans lesquels elle s'est développée à titre de *complication* plus ou moins éloignée.

En faveur du premier mode de début, notre auto-observation est tout à fait probante : le 6 avril dans la soirée, la grippe débutait, et dès le lendemain, au réveil, nos urines étaient rares, noires, très chargées. Ce jour

même l'analyse y décelait de l'albumine, des cylindres, des globules sanguins.

Ici, comme dans certains autres cas que nous citerons plus loin, à titre d'exemples, les deux affections ont marché de pair, comme si la grippe avait imprimé à la néphrite qu'elle venait de créer ses caractères propres de décevante brusquerie.

Chez les enfants, même mode de début. Rachkford (1) nous dit que chez eux « la néphrite de la grippe débute plus brusquement et avec plus de violence que celle de la scarlatine, de la diphtérie ou des autres maladies infectieuses ». « Mon expérience, ajoute-t-il, me montre, en outre, que les symptômes les plus graves se produisent en règle générale, six ou sept jours après l'attaque du rein. »

Quoiqu'il en soit de son mode de début, par quels symptômes se manifeste la néphrite grippale ?

Nous pouvons d'ores et déjà poser en principe que, plus elle est précoce et moins nombreux sont ses symptômes ; et que ses manifestations sont d'autant plus nombreuses et plus marquées, qu'elle survient plus ou moins tardivement après le début de la grippe.

Dans le premier cas, seule l'analyse des urines permet de la déceler, et les résultats de cette analyse sont constants dans toutes les autres formes.

L'*oligurie* est la règle, l'*anurie* l'exception. Les fonctions urinaires sont profondément troublées, et cela d'une façon précoce, car c'est bien un fait remarquable que dans les premières heures de l'invasion grippale il existe une tendance à l'anurie. Bien des malades ne rendent en trente-six heures que 300 grammes d'une urine concentrée.

---

(1) Loc. cit.

Les urines sont très denses, foncées le plus souvent, ou bien rouges, parfois franchement sanguinolente et riches en sédiments.

L'albumine est constante. Dans 40 observations de Rachkford (1) elle s'est montrée 40 fois. Dans 16 cas, elle était en quantité considérable, dans les autres, en faible quantité.

La présence des *cylindres* est très fréquente : elle a été notée dans 85 0/0 des cas. Ils sont tantôt hyalins et granuleux, tantôt, mais moins souvent, hyalins et épithéliaux.

L'*hématurie* a été mentionnée par Potain, Watson et la plupart des observateurs. On la voit survenir presque constamment au moment de la période d'état, elle apparaît quelquefois dès les premiers jours et se continue avec ou sans rémission, pendant un temps plus ou moins long. Cette hématurie est légère généralement. Les globules sanguins parfaitement reconnaissables au microscope, contribuent à donner aux urines leur couleur foncée.

L'*hyperthermie* est de règle. Elle varie entre 38° et 40°.

A ces signes, constants pour toutes les formes de néphrites grippales, viennent s'ajouter des symptômes plus ou moins accusés et plus ou moins nombreux selon les formes qu'affectent ces néphrites.

Ce sont les *œdèmes*, tantôt fugaces, tantôt permanents, légers ou très marqués, limités ou généralisés, siégeant soit aux membres inférieurs, soit sur le thorax, soit à la face au niveau de la région fronto-palpébrale et donnant au malade un facies très caractéristique, — les *douleurs lombaires*, plus intenses que dans les autres néphrites et s'irradiant aux membres inférieurs, la *céphalalgie*, *les troubles de la*

---

(1) Loc. cit.

vision, la dyspnée, les crampes, la sensation de doigt mort, la sensibilité au froid, les épistaxis, et quelquefois le *bruit de galop.*

D'après le nombre et l'intensité de ces symptômes, nous sommes amené à déduire qu'il existe des différences dans l'aspect clinique de la néphrite grippale.

Avec Fiessinger (1), nous admettrons qu'elle peut se montrer sous trois formes :

1° Sous une forme *congestive* aiguë ;

2° Sous forme de *néphrite hémorragique* aiguë ;

3° Sous forme de *mal de Bright aigu.*

Et, pour être plus complet, nous classerons sous la première forme :

1° Les cas où la néphrite, bénigne, transitoire, passagère ne se révèle par aucun symptôme apparent tels qu'œdèmes, douleurs lombaires, etc., et demande à être recherchée avec soin ;

2° Les cas bénins aussi, où les symptômes généraux dominent la scène et attirent immédiatement l'attention du côté du rein ;

3° Les cas, heureuseusement fort rares où elle affecte le type urémique d'emblée, si bien décrit par M. Teissier, avec « anurie plus ou moins absolue, troubles gastro-intestinaux, albuminurie intense, phénomènes délirants, et coma suivi de mort. »

Voici, un exemple de la *première forme de néphrite* : Forme *congestive aiguë*, avec comme *seuls* symptômes : Oligurie, cylindrurie, albuminurie, quelques globules sanguins.

---

(1) Loc. cit.

Observation I

(Auto-observation)

Nous n'avons rien de particulier à signaler dans nos antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, notons la rougeole que nous avons eue à l'âge de cinq ans, et une légère atteinte de grippe, qui remonte aux premiers jours de janvier 1905.

A différentes reprises (1) nous avions eu l'idée d'analyser nos urines, et nous n'avions jamais constaté la moindre trace d'albumine.

Le début de la maladie qui fait l'objet de cette observation, remonte au 6 avril 1905.

Ce jour-là, nous ressentîmes, au lever, une sensation de sécheresse et de brûlure à la gorge, de la douleur dans les régions sus-orbitaire et cervicale, et un peu de fatigue générale.

Température normale.

Langue légèrement saburrale.

A midi, appétit nul.

Le soir, vers les sept heures, très brusquement, frissons, courbature ; température : 38°2.

Nuit agitée.

Le 7, au lever : céphalée, rachialgie très vive, surtout dans la région sacrée, douleurs dans les mollets. Yeux lar-

(1) La dernière analyse — négative — date du 25 mars 1905.

moyants, coryza. L'inspection du larynx montre les amygdales rouges et tuméfiées. Un peu de gène à la déglutition. Emission de quelques centimètres cubes d'urines noires et très chargées. Temp. : 38°2.

Vers les dix heures du matin, frissons intenses, continus. Pas de point de côté. La courbature augmentant, nous nous mettons au lit vers midi.

A ce moment, les frissons angmentent ; le thermomètre marque 39°3. Le pouls donne 120 pulsations à la minute. Nous prenons un cachet de pyramidon (0 gr. 25). Transpiration abondante suivie d'une chutedela température (38°5) du pouls (100 pulsations) et d'une légère sensation de bien-être.

A ce moment, le docteur Pagès vient nous examiner.

Il note de la rougeur du pharynx et quelques points blancs sur les amygdales.

La palpation révèle deux ganglions sous-maxillaires.

A l'auscultation, quelques légers râles de bronchite.

Rien au cœur.

Langue saburrale, étalée, ventre souple, selles normales.

Il prescrit deux collutoires, l'un au borax, l'autre au phénosalyl, des gargarismes au lysol et au chlorate de potasse et une potion calmante.

Nous lui montrons alors nos urines, dont l'aspect anormal le frappe vivement.

C'est alors que pensant à une néphrite il nous examine minutieusement et ne découvre ni œdème palpébral ou malléolaire ni la moindre trace d'exanthème. Le palper de la région lombaire ne réveille pas la moindre douleur.

Il pose alors le diagnostic de grippe, avec probablement néphrite concomitante, prescrit en même temps que les collutoires et les gargarismes, le régime lacté absolu, et

emporte le peu d'urines que nous avions émises, pour les analyser.

Dans la soirée, la température se maintient à 38°5. L'état général reste stationnaire.

La nuit suivante est assez bonne.

Le 8, au réveil, temp. : 38°5.

L'ingestion de 0 gr. 25 de pyramidon est suivie de transpiration et d'une chute de la température (37°9).

Le docteur Pagès nous communique le résultat de son analyse :

Urines émises en 24 heures : 400 centimètres cubes. Albumine : 0 gr. 75.

Pas d'œdèmes, pas de douleurs lombaires, pas d'exanthème.

Rien au cœur.

A l'auscultation, les râles se font plus rares.

L'angine évolue normalement.

Le soir, temp. : 38°2.

Urines émises dans les 24 heures : 750 c.c. Albumine, 0,50.

Quelques cylindres.

Quantité de liquide ingéré : lait, 1 litre et demi : tisane de chiendent, 1 litre.

Le 9, à six heures du matin, temp. : 36° 8; les phénomènes généraux s'amendent, les urines se clarifient peu à peu.

Albumine : 0,50 ; plus de cylindres.

La rougeur du pharynx a diminué et il ne reste plus un seul point blanc sur les amygdales.

Rien à l'auscultation.

Urines émises en 24 heures : 1 litre. Quantité de liquide ingéré : lait, 3 litres ; tisane, 1 litre.

A partir de ce jour, les urines se font de plus en plus claires et la diurèse augmente dans des proportions satis-

faisantes : c'est ainsi que le 10 avril nous avons uriné 1750 centimètres cubes, le 11, 2200, le 12, 2000. pour retomber ensuite de 1200 à 1600.

Notons que la quantité de liquide ingéré dans les 24 heures a varié entre deux et trois litres de lait et 1/2 litre à 1 litre de tisane.

En même temps les globules sanguins et les cylindres ont totalement disparu, et la quantité d'albumine a oscillé entre 0 gr. 15 et 0 gr. 25.

Le 12, l'angine était complètement guérie et, le 16, la température redevenait normale.

Enfin il paraît intéressant de signaler que nous n'avons jamais constaté dans notre convalescence la moindre trace de desquamation.

Nous avons continué le régime lacté mixte, — la diurèse a toujours été normale — l'albumine n'a existé qu'à l'état de traces, et depuis le commencement du mois de juin, elle a totalement disparu.

Maintenant que nous avons donné les caractères propres à ce mode de néphrite, la question se pose de savoir si sa nature grippale ne doit pas être mise en doute.

Il est évident qu'à priori, la brusquerie du début, l'allure générale et l'absence de phénomènes habituels de la néphrite pourraient en imposer pour une de ces *congestions rénales aiguës primitives* que Robin (1) a décrites d'une façon magistrale dans ses leçons de clinique et thérapeutique médicales.

---

(1) A. Robin. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, Paris 1887.

Le cas rapporté par Robin de ce Piémontais qui fut pris subitement au mois d'août, d'un malaise général avec courbature, anorexie, insomnie, douleurs, frissons, température élevée et dont les urines foncées contenaient de l'albumine en assez grande quantité, des cylindres et des globules sanguins, se rapproche assez, dans son ensemble, du cas que nous venons de rapporter et qui fait l'objet de notre auto-observation, mais il y a quelque chose de plus dans le tableau de la congestion rénale primitive de Robin ; c'est un état particulier qui se rapproche de l'état typhique : « langue sèche, très sale, avec un peu de rougeur de la pointe et des bords, soif ardente, ventre douloureux à la pression avec gargouillement iliaque, quoiqu'il y ait eu constipation ».

Chez nous, rien de tout cela; langue étalée, saburrale, certes ! mais non rouge sur la pointe et sur les bords — pas de douleurs abdominales ni de gargouillements dans la fosse iliaque droite — enfin selles *très normales*, aussi normales que chez un sujet sain.

Nous avons noté dans notre auto-observation le coryza et l'angine pultacée ; ce sont bien là des manifestations habituelles, normales de la grippe, manifestations que Robin passe tout à fait sous silence dans la symptomatologie des congestions rénales primitives. — C'est là l'élément essentiel sur lequel nous nous baserons pour établir notre diagnostic différentiel et rejeter l'hypothèse d'une congestion rénale primitive. D'ailleurs le début de la grippe ayant précédé le début de la néphrite, il semble bien qu'il doit y avoir entre les deux affections un rapport de cause à effet.

Et la scarlatine ? dira-t-on.

Cette angine doublée d'une néphrite semble bien s'y rattacher !

A priori parfaitement ! Aussi notre excellent ami le docteur Pagès et nous-même y avons tout de suite pensé ; mais à part que toute notion d'épidémicité était absente à ce moment (1), l'allure générale de la maladie et le caractère de ses manifestations nous en fit rejeter le diagnostic.

Dans le cas d'angine scarlatineuse, la surface de l'amygdale et de tout le pharynx est d'une *rougeur intense* et comme *vernissée* — l'adénopathie est très marquée — la déglutition difficile. Chez nous il n'en était rien : rougeur peu intense, pas d'aspect vernissé – deux ganglions sous-maxillaires peu volumineux — déglutition presque normale.

Une inspection attentive et minutieuse ne révéla pas le moindre exanthème — certes, le cas n'est pas rare pour les scarlatines *frustes* mais la desquamation se fait tout de même plus tard (Graves, Trousseau) — et nous ne découvrîmes, dans la suite, aucune trace de desquamation.

Quant à la diphtérie, les caractères spéciaux de l'angine et de l'adénopathie qui l'accompagnent mis en opposition avec ceux que nous avons décrits dans notre auto-observation suffisent à en faire rejeter l'hypothèse.

Maintenant que la nature grippale de cette néphrite est bien établie, il nous paraît rationnel d'en déduire des conclusions pratiques excessivement importantes :

La grippe fait des néphrites dont l'allure et le tableau clinique sont bien différents de ce que l'on voit généralement ; il ne faut pas toujours s'attendre à des manifestations

---

(1) A l'hôpital Ruffi de Nîmes, que nous avions quitté le matin même du jour où notre maladie débutait, il n'y avait qu'un seul cas de scarlatine au pavillon des contagieux, et nous n'avions pas eu l'occasion de l'approcher de près.

ordinaires qui mettront sur la voie du diagnostic, en attirant l'attention du côté de l'appareil urinaire. Seule l'analyse d'urine renseignera exactement sur la nature de la maladie.

*
* *

A côté de cette forme, anormale en quelque sorte, et pauvre en symptômes, nous allons donner des exemples de formes plus «courantes», dont les manifestations plus ou moins nombreuses, ont été décrites tout au long au commencement de ce chapitre.

Les quatorze observations qui suivent se rapportent à des cas de néphrite à forme congestive aiguë s'accompagnant de symptômes apparents. — C'est là la forme la plus ordinaire.

Observation II

(B.-K. Rachkford : acute influenzal in childood, obs. II)

Albert A. 12 ans.

Tous les membres de sa famille, lui compris, avaient l'influenza. Je vis son frère et sa sœur le 1er mars 1897. lui bien qu'ayant un rhume de cerveau ne me fut pas montré.

Je ne revis pas la famille pendant 8 jours durant lesquels mon malade présenta de la fièvre et d'autres symptômes de grippe.

Vers le 6 mars, ayant passé la journée chez un ami, il fut pris d'une céphalalgie violente, devint très nerveux.

Conduit chez moi, il fut pris en mon absence de convulsions violentes et généralisées.

A mon arrivée je le trouvai couché, prostré et notai même un léger œdème palpébral. Ramené chez lui le cathétérisme

ramena de l'urine chargée d'albumine avec des cylindres épithéliaux.

Ceci imposait le diagnostic de néphrite grippale. J'ordonnai du sulfate de magnésie et des bains chauds.

Une autre convulsion dans la nuit.

Le lendemain matin la stupeur était un peu moins marquée et l'enflure de la face, qui avait augmenté la nuit dernière, était très prononcée. Le sulfate de magnésie est gardé. Les selles sont normales.

A partir de ce moment la convalescence fut rapide; au bout de 3 semaines, l'albumine avait complètement disparu.

Observation III

(B.-K. Rachkfoord : ibid., obs. III)

Fille, 7 ans.

Entre à l'hôpital de Cincinnati pour une grippe dont le début remonte à 8 jours.

A son entrée les amygdales étaient tuméfiées et rouges, les ganglions étaient gros et douloureux. Température 102°. Farenheit.

Pas de maladie infectieuse dans les antécédents.

L'examen physique montra un peu de bronchite et un peu d'œdème malléolaire. Un peu de l'urine obtenue par le cathétérisme montra la présence de 4 gr. d'albumine, cylindres épithéliaux, densité 1024.

Traitement : Repos au lit, diète lactée, calomel. Bains chauds.

3 décembre. — La malade ne garde que peu de lait à cause de fréquents vomissements. Elle n'a pas uriné depuis le cathétérisme qui date de 20 heures auparavant.

Sulfate de magnésie.

1. — Moins de vomissements, selles plus faciles. La malade urine un peu d'elle-même.

5. — Amélioration sensible. La malade garde son lait et urine. Moins d'œdème, moins d'albumine.

15. — Amélioration régulière. Plus d'albumine.

3 janvier. — La malade part guérie.

Observation IV

(Thèse Ruelle, Paris, 1896, obs. III)

La nommée X..., âgée de 37 ans, entre le 12 décembre 1893, dans le service de M. Juhel-Rénoy, à l'hôpital Cochin, elle est couchée salle Louis, lit n° 6.

Rien à signaler du côté de ses antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 15 ans, elle n'a jamais eu de retards, ni fausses couches, ni grossesse.

Le 9 décembre, au réveil, la malade est prise de frissons extrêmement intenses, « elle a claqué des dents pendant une bonne demi-heure ». Elle essaie d'aller à son travail, — elle était blanchisseuse, — mais ses jambes ne peuvent la porter et elle est obligée de s'aliter.

Le jour même et les jours suivants, elle est prise d'une céphalée intense, tenace, avec nausées et vomissements bilieux.

L'inappétence est complète; des douleurs généralisées, surtout cervicales, lombaires et dans les mollets, l'empêchent de dormir.

Tous ces troubles réunis l'engagent à demander son admission à l'hôpital,

12 octobre. — Le jour de son entrée, elle se plaint de céphalée persistante, céphalée en casque, lui serrant la tête comme dans un véritable étau.

Les troubles gastriques caractérisés par des vomissements bilieux et une constipation opiniâtre persistent ; la langue est large, étalée; la bouche est mauvaise et l'inappétence est complète.

Son facies est plutôt bon; rien à signaler du côté des yeux et des fosses nasales.

Sa gorge est légèrement rouge et la malade souffre un peu en avalant.

Du côté du thorax on trouve des râles sibilants un peu disséminés dans les deux poumons, rien du côté du péricarde et du cœur.

Le foie est normal, la rate légèrement grosse.

Les urines, recueillies le matin même, sont très rouges, très sédimenteuses, d'une densité de 1015, et donnent avec l'acide nitrique à froid un léger louche d'albumine.

La température est de 38°5. Pouls 92.

En présence de ces différents symptômes, et vu l'épidémie régnante, le diagnostic de grippe est porté, et la malade est traitée par la quinine et l'antipyrine ; régime lacté et repos absolu.

15. — Ascension brusque de la température 39°8. Pouls 92 battements par minute.

La céphalée extrêmement intense persiste, et tous les moyens employés n'ont pu la calmer.

Les paupières sont bouffies, et on constate aux membres inférieurs un léger degré d'œdème péri-malléolaire.

Dyspnée des plus intenses simulant presque la dyspnée de Cheyne-Stokes : l'examen local de la poitrine ne suffit pas à l'expliquer.

Les troubles gastro-intestinaux décrits ci-dessus persistent ; les vomissements très fréquents et peu abondants chaque fois fatiguent énormément la malade.

Une diarrhée assez abondante fait suite à la constipation.

La malade est très agitée, cause beaucoup en dormant, veut se lever à chaque instant.

Les urines, très chargées, sont rares ; 550 gr. dans les 24 heures ; une grande quantité d'albumine est décelée par l'acide nitrique à chaud.

En présence de ces accidents urémiques, on prescrit à la malade des ventouses sèches à la région lombaire et des pilules contenant de la scille, scammonée et digitale.

16. — Etat très mauvais.

Le dosage de l'urine donne 4 grammes d'albumine pour les 24 heures ; des cylindres épithéliaux en abondance par l'acide osmique.

L'œdème a fait des progrès énormes; les membres inférieurs sont complètement infiltrés.

La dyspnée, la céphalée et les troubles gastriques persistent.

Le délire est des plus violents; la malade crie, vocifère à chaque instant.

17. — Au délire fait suite un coma presque absolu ; la malade est assoupie et répond à peine aux questions qu'on lui pose.

L'albuminurie persiste et l'anurie est presque complète.

Une saignée de 350 grammes environ est pratiquée en même temps qu'on continue la révulsion, les diurétiques et les inhalations d'oxygène.

Les trois jours suivants, l'état de la malade est presque pareil ; l'œdème est presque généralisé, il y a un peu d'hydrothorax,

M. Juhel-Rémy lui fait donner des fumigations dans son lit même.

22. — La malade n'est plus oppressée ; les vomissements deviennent plus rares.

Elle répond clairement à tout ce qu'on lui demande.

Les urines remontent à 350 grammes pour les 24 heures, l'albumine diminue, le dosage par le tube d'Esbach donne à peine 1 gramme pour 24 heures.

24. — La malade est complètement guérie et il ne persiste absolument rien de tout ce qui précède.

Observation V

(Le Gendre. — Société médicale des Hôpitaux)
27 mai 1892

P. est un Breton de 17 ans, vigoureux, sans aucun antécédent morbide, qui habitait Paris depuis cinq mois comme infirmier à l'hôpital de la Charité.

Au commencement de février, alors que l'épidémie de grippe battait son plein, et que le tiers des malades était grippé, il est pris soudain de lassitude, fièvre, céphalalgie frontale. Il se met à tousser, il remarque que ses urines sont foncées. Le 11 février, un point de côté très douloureux dans le flanc et la région lombaire droite l'oblige à s'aliter.

Je le trouvai dans un état d'abattement presque typhique avec une température de 39°. Il existait une congestion pulmonaire bilatérale des bases avec cette diminution générale du murmure respiratoire qui a été signalée comme un des caractères du poumon grippal. Le cœur est tumultueux et il est facile de percevoir les caractères d'un frottement péricardique. Il y a de l'œdème malléolaire et lombaire, un peu

de bouffissure du visage, de l'obscurcissement dans la vue. Les urines, troubles et foncées, contiennent 1 gramme d'albumine par litre.

Deux jours plus tard elles sont franchement sanglantes et l'état d'hématurie a été permanent jusqu'au 5 mars. Il y avait de nombreux globules rouges, des cylindres.

Les urines ont heureusement toujours été abondantes ; elles sont devenues peu à peu moins sanguinolentes, puis moins albumineuses. Polyurie de 2000 à 2500 coïncide le 10 mars avec la disparition complète de l'albumine.

Observation VI

(Thèse Didier, Paris 92-93, Obs. II)

C. Ernest entre le 16 janvier 1891.

Depuis une douzaine de jours il se sent mal à l'aise, il est alité depuis le 12. Il se plaint d'une céphalée frontale très intense, de douleurs de reins très violentes. Toux accompagnée d'oppression. Deux fois il a vomi, il aurait eu une fièvre intense tous les soirs. A l'entrée, le thermomètre marque 40·4.

L'examen de la poitrine fait percevoir des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, mais surtout à droite. Les urines contiennent de l'albumine en abondance.

Le 17 au matin : T. 39°, le soir, 40·4.

Le 18 » » T. 38°, le soir, 39°.

Le 19 apyrexie complète, la toux a diminué considérablement et les râles sont fort peu nombreux dans les bronches. L'albumine a disparu des urines, et aucun réactif n'arrive à la déceler.

Le 21 la guérison est définitive.

Observation VII

Archives de médecine expérimentale, 1892
Tome IV, page 429
Mémoire de Teissier, Roux et Pittion

Marie D..... entre à l'Hôtel-Dieu le 23 octobre 1891 dans un état de grand abattement avec une grande céphalée, de la rachialgie, des douleurs oculaires très marquées. Elle est alitée d'ailleurs depuis deux jours et accuse un certain état de souffrance générale remontant à une semaine.

Frissons, maux de reins et de tête, rachialgie, faiblesse des jambes, etc.

Enfin épistaxis et sueurs abondantes.

Au premier examen on constate que, outre les principaux signes énumérés ci-dessus; M. D. présente une rougeur exagérée des amygdales avec une série de saillies folliculaires à sommet blanchâtre, une augmentation assez sensible du volume de la rate et de l'albumine en proportion très notable dans les urines.

Observation VIII

(Thèse Schmit : Obs. 1)

D..... âgée de seize ans, entre à l'hôpital le 29 novembre 1893.

Les parents de la malade se portent bien.

Elle-même a eu à l'âge de 8 ans une fluxion de poitrine.

Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans régulièrement, — la dernière fois il y a quinze jours.

Entre à l'hôpital parce qu'elle se sent incapable de travailler étant fatiguée. La maladie a commencé il y a huit jours par des frissons et des points de côté multiples.

La malade, étant très affaiblie, dut s'aliter. Outre les points de côté, elle présentait au début un coryza intense, des larmoiements et des crachats muqueux abondants. Elle n'a encore subi aucun traitement jusqu'ici.

A son entrée, la malade présente une température normale, 37°. Le pouls est rapide, régulier, fort, la face est bouffie, il y a du catarrhe oculaire, nasal et bronchique. Pas d'éruption.

Appareil circulatoire, ronchus, sibilances disséminés en avant; respiration rude en arrière, sonorité égale des deux côtés.

Appareil circulatoire, cœur normal.

Appareil digestif, l'appétit est diminué. Langue blanche, les selles sont normales, foie et rate normaux.

Appareil urinaire. Albumine.

Système nerveux. Dort peu par suite de sa toux.

Voilà l'histoire de la malade à sa rentrée. Les urines envoyées au laboratoire présentent une diminution des chlorures, 2 gr. 38 en 24 heures et une légère quantité d'albumine, 0,18 par litre. De plus, les urines sont rares, 800 gr. D. 1011, à réaction acide. L'examen microscopique y décèle de nombreux leucocytes accompagnés de cristaux d'acide urique et d'urates acides : quelques cellules épithéliales sans tube urinaire.

Traitement. — Régime lacté, liqueur ammoniacale anisée. Ventouses sèches. L'albumine disparaît après 4 ou 5 jours de repos, mais, chose curieuse, pour reparaître 10 jours après, le 17 décembre, mais en quantité minime.

La malade reste encore une huitaine de jours à l'hôpital, puis disparait sans donner de ses nouvelles.

Observation IX

(Thèse Ruelle, Paris 95-96, obs. XXIX)

Le nommé B.... âgé de 38 ans, charretier, très robuste, entre le 2 avril 1891, salle Bazin, hôpital Cochin.

La veille, il avait été pris de quelques troubles qui, dans l'ensemble, rappellent la grippe.

Le jour de son entrée, il se plaint de courbature générale, céphalée temporale, douleurs lombaires, généralisées et très intenses, légère angine.

Léger embarras gastrique avec inappétence relative, langue saburrale; le malade est plutôt constipé.

A l'examen des poumons, des râles sous-crépitants aux deux bases.

Rien au cœur, pouls régulier, fort. Température : 38°.

Les urines, légèrement foncées, ne présentent rien d'anormal.

Comme antécédents nous avons relevé une fièvre typhoïde que le malade a contractée au régiment.

Cette grippe a suivi son cours normal. Le régime lacté, un peu de quinine et les ventouses sèches en arrière de la poitrine, comme traitement ; le 9 avril il demande son exeat et sort de l'hôpital.

Le 12 avril (trois jours après la sortie), il nous revient à la consultation avec de l'œdème des membres inférieurs jusqu'à la racine des cuisses, de l'œdème du scrotum, du prépuce. Le lendemain de son entrée, l'anasarque est géné-

ralisée. L'attention attirée sur les urines nous fait constater une diminution considérable de celles-ci, 450 gr. Dans les 24 heures du 11 avril, urines très colorées, densité 1015, renfermant 7 gr. d'albumine par litre (procédé Esbach) ; l'examen microscopique décèle une grande quantité de cylindres épithéliaux.

Nous l'interrogeons, il nous dit ne pas être sorti de chez lui pendant cet intervalle de temps, il n'a fait aucun excès.

Rien d'anormal au cœur, les poumons légèrement congestionnés aux bases. Comme traitement, régime lacté absolu et lactate de strontium.

L'œdème a disparu peu à peu, l'albumine diminue également, et, le 2 mai, le malade quitte l'hôpital n'ayant plus que 0 gr. 50 d'albumine. Nous l'avons vu depuis à plusieurs reprises ; il a gardé son albumine.

Observation X

(Leyden, *Klein Woch.*, 1890, n° 10)

Je présente des coupes microscopiques d'un rein provenant d'une malade ayant succombé à une néphrite aiguë suite d'influenza.

La malade âgée de 25 ans, couturière, très bien portante jusque-là, fut atteinte de l'influenza au commencement de septembre. Elle avait de violents maux de tête, légère surdité et ne s'est jamais rétablie. Faiblesse, inappétence, puis vomissement violents pendant 8 jours. La malade remarqua à ce moment que ses urines étaient peu abondantes et troubles; il se montra des œdèmes et c'est dans cette situation qu'elle se présenta à la clinique médicale.

Elle mourut le 8 février, sans avoir présenté des symptômes locaux importants ; l'otite était légère, la surdité peu accentuée ; pas de fièvre.

Le symptôme dominant était une anurie très prononcée ou plutôt une diminution de la quantité des urines.

Nous avons mesuré exactement la quantité d'urine émise chaque jour, il n'y avait que 200 cent. cubes et cette urine était hémorragique, comme dans les cas de néphrite d'origine infectieuse.

Vers la fin de janvier une amélioration se montra, la sécrétion urinaire augmenta, mais les forces de la malade étaient tellement épuisées qu'elle succomba néanmoins.

Observation XI

(*The Lancet*, 10 mai 1890)

A. B..., un écolier âgé de 11 ans, a eu une attaque d'influenza au commencement du mois de mars 1890.

Plusieurs de ses voisins et quelques personnes de sa propre famille souffraient de l'influenza à la même époque.

Il se plaignait de fortes douleurs dans le dos et à la tête (région surtout oculaire et sus-orbitaire); il avait des nausées et même des vomissements.

Pas de coryza, et au bout de quelques jours, l'affection disparaissant petit à petit semblait cesser pour faire place à un rhume de cerveau assez sérieux.

Ceci le laissa dans un état d'affaiblissement extrême, et les symptômes durèrent une quinzaine environ.

Le 16 mars, il fut pris de vomissements continuels, de douleurs lombaires aiguës, fièvre et céphalée.

Les deux premiers jours à partir du 16 courant, ses che-

villes se mirent à enfler ; vers le soir et le jour suivant, l'œdème envahit les jambes, les cuisses et l'abdomen; il urinait peu.

Appelé le 23 mars, je constate :

Etat actuel. — Les paupières sont bouffies, le visage est très pâle, langue large et molle, pouls plutôt faible, 60, température, 100°2 Farenheit, œdème des chevilles gardant l'empreinte du doigt, pas d'œdème apparent au-dessus des mollets, peau sèche et dure ; soif intense, nausées, le malade n'a pas été à la selle depuis quatre jours.

Pas moyen d'avoir de ses urines.

24. — Légère amélioration, peau moite, il a beaucoup transpiré ; moins de nausées, il a rendu dans les dernières vingt-quatre heures 500 cc. d'urine très acide, d'une densité de 1015, 1/18 d'albumine.

A l'examen microscopique on trouve quelques cylindres hyalins et quelques globules sanguins.

26. — Sommeil meilleur; plus de céphalée ni douleurs lombaires ; le malade ne vomit plus, garde-robes suffisantes.

Urine des 24 heures, un litre environ, liquide acide, densité 1015, 1/16 d'albumine.

A l'examen microscopique plus de cylindres.

L'œdème a complètement disparu depuis le 24 mars.

Température normale, pouls plus fort, 68: la bouffissure de la face a disparu, le sujet est moins pâle.

29. — Pouls fort, régulier ; il a uriné 1200 grammes d'urine claire, acide, densité 1020, traces d'albumine.

1er avril. — Amélioration progressive; il urine plus d'un litre et demi tous les jours.

L'analyse des urines donne des résultats pareils à ceux des jours précédents ; presque plus d'albumine.

Observation XII

(Tuvache, Th. Paris, 1891)

L... Frédéric, 71 ans, journalier, entre le 26 janvier 1890, salle Vernois, à Necker, service de M. le professeur Dieulafoy, lit 16.

Ce vieillard déclare entrer à l'hôpital pour son oppression qui existerait depuis Noël environ, c'est-à-dire depuis à peu près cinq semaines.

Elle aurait débuté assez brusquement, en pleine épidémie de grippe, alors que cet homme en était atteint, ainsi que tous ceux qui vivaient avec lui.

Il raconte qu'il était, ces temps derniers encore, employé dans un collège à cirer les chaussures, et, comme tel, forcé de monter plusieurs fois dans la journée de nombreux escaliers.

Il n'était malgré son âge nullement fatigué de ce travail et il montait les étages sans s'arrêter.

Depuis son influenza, au contraire, il est essoufflé et souvent il doit s'arrêter pour reprendre haleine.

Quelques jours après le début de cette oppression, le malade remarqua que ses urines étaient notablement moins abondantes.

A la même époque, il y avait œdème de la face et des membres thoraciques, œdème des malléoles, quand le malade restait quelque temps debout, puis bientôt œdème étendu à la totalité des membres inférieurs et au scrotum.

Antécédents. — Nuls.

Evolution de la maladie. — Les choses persistèrent ainsi jusqu'à l'arrivée du malade à l'hôpital.

L'oppression est continue, sans exacerbations, et ne force pas le malade à garder la position assise. La toux date du même moment que l'oppression et s'accompagne d'une expectoration muco-purulente non striée de sang.

A l'auscultation rendue difficile par annihilation du malade, on entend surtout à droite des râles sonores et sibilants; aux bases un peu de congestion.

Cœur indemne.

Céphalée continuelle: pas de troubles de la vue, ni de douleurs de reins; pas de pollakiurie, ni de doigt mort.

Miction non pénible.

Le malade est mis au régime absolu, et boit tous les jours un litre de tisane contenant 25 grammes de lactose.

L'état resta d'abord stationnaire, puis l'oppression s'accrut au point que le 8 février on fit une saignée de 200 grammes au bras droit.

L'oppression fut diminuée, le malade s'endormit aussitôt, mais le lendemain la respiration était presque aussi pénible que la veille.

Régime lacté.

11 février. — Quatre lavements à 15 grammes de lactose chaque : il en garde trois; râles sous-crépitants aux deux bases: un peu de souffle à gauche ; on craint une pneumonie ; 250 grammes d'urine.

12. — Toujours très oppressé; oxygène; deux lavements qu'il garde; 250 grammes d'urine.

13. — Il garde trois lavements; vers midi le malade fut oppressé d'une façon inquiétante: les inhalations d'oxygène le soulagent.

Dans la journée l'oppression diminue, mais reprend le soir; 250 grammes d'urine.

14. — 600 grammes d'urines.

15. — 1050 grammes. On fait appliquer trois ventouses de chaque côté sur la région des reins, les douleurs y étant continuelles et assez vives.

Les accès d'oppression ont diminué d'intensité à partir de ce jour.

Lavement de lactose.

L'albuminurie ayant été dosée, on trouve 3 gr. 60.

Ce chiffre ne subit que des variations insignifiantes malgré le traitement qui, en plus des lavements, comportait chaque jour une dose de 50 grammes de lactose dans la tisane.

Pas de cylindres.

L'œdème généralisé et accentué, ne diminue pas.

Les jambes, très œdématiées, ne présentent plus aucune forme anatomique : elles étaient absolument cylindriques.

Le malade meurt le 17 mars.

Observation XIII

(Résumée)

(Obs. IX, thèse Sigogne, Paris 1902)

(Colrat)

Jeune homme de 16 ans, élève au lycée. Le 25 avril, il a été pris brusquement de frissons, bientôt de sueurs, de gêne dans la déglutition,

Le lendemain on trouve de la tuméfaction et une rougeur des deux amydales, mais surtout à gauche.

La température est de 40°, le pouls est de 120.

Aucune éruption sur la peau.

On pense qu'il s'agit d'une angine catarrhale simple.

Le 28, toute l'amygdale gauche était couverte de fausses membranes blanches, peu adhérentes, laissant voir après leur ablation une surface rouge, saignant facilement.

L'urine examinée ce jour-là pour la première fois est très albumineuse.

La fièvre persiste jusqu'au 30 avril.

Les fausses membranes sont expulsées et disparaissent absolument le 4 mai.

Cependant l'appétit ne reparaissait pas, l'albuminurie persistait aussi abondante.

Le 10 mai, le malade eut de l'anasarque, l'œdème persista à la face pendant 4 ou 5 jours, puis la quantité d'albumine trouvée dans l'urine alla diminuant.

Le 1er juin, le malade peut reprendre ses études au Lycée.

A ce moment, il n'existait plus de traces d'albumines.

Observation XIV

(Obs. X, thèse Sigogne, Paris 1902)

(Colrat)

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique, qui tomba brusquement malade le 14 mai 1880. Le début fut un frisson assez violent suivi d'une douleur à la gorge, exaspérée par les mouvements de déglutition.

Cette malade entre le 6 mai à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde.

A ce moment, on constate de la fièvre (40°5 — 120 pulsations) avec inappétence, langue saburrale.

L'examen de la gorge révèle du gonflement, de la rougeur des deux amygdales ; en somme, on croit avoir affaire à une amygdale catarrhale ; mais l'analyse de l'urine y décèle une grande quantité d'albumine.

On ne peut constater malgré un examen minutieux, aucune éruption cutanée.

La fièvre, le gonflement des amygdales durèrent huit jours.

L'albuminurie persista dans l'urine pendant un mois, après quoi la malade fut renvoyée bien complètement guérie.

Observation XV

(Obs. XXII résumée, Thèse Sigogne, Paris 1902)

(Benoit Gouin)

Madame Françoise T...., 20 ans. Pas d'antécédents antérieurs ; pas de rhumatismes.

A eu ses règles le 10 mars, après une intervalle de quarante-cinq jours ; elles ont été à peu près normales.

Le 17 mars au soir, céphalalgie avec légers frissons, douleur à la région lombaire ; mal à la gorge.

Le lendemain, la douleur à cette dernière région augmente, cependant la malade peut encore avaler sans trop de difficulté.

Le mal de gorge augmente ; impossibilité pour la malade de déglutir. Le 22 à l'examen, tuméfaction énorme des amygdales qui se rejoignent sur la ligne médiane. Pas de fausses membranes. Langue blanche, peau un peu chaude,

pouls à 86, voix nasillarde. Pas d'éruption, rien au cœur, rien aux poumons. Prescription : gargarismes au chlorate de potasse.

Le 23, même état ; pas d'albumine dans les urines. Prescription : nid d'hirondelle de l'Hôtel-Dieu ; scarification des amygdales.

Le 24, dysphagie moins intense. Urines troubles, odeur de boue très prononcée ; traitées par la chaleur elles se clarifient d'abord vers 30° à 40° environ. Si l'on continue à chauffer, précipité floconneux, abondant d'albumine. Dosage de l'albumine par le tube d'Esbach : 3 gr. 75 par litre. Bactéries ; pas de cylindres.

La douleur de la région sous-maxillaire droite a été très vive pendant la nuit. Dans la journée la malade rend du du pus avec ses crachats ; quelques-uns sont teintés de sang noirâtre.

Le pus rejeté du dehors est en assez grande quantité pas d'odeur spéciale. Le 25, douleurs lombaires, bouffissures de la face. Le précipité d'albumine est un peu moins abondant que la veille. Tisane de chiendent et queues de cerises. Vin de quina.

Amélioration progressive. Le 27 on ne trouve pas d'albumine par la chaleur et l'acide azotique. Les amygdales ont presque leur volume normal.

La malade sort guérie.

*
* *

Suivent trois observations de néphrite congestive aiguë à type urémique.

Observation XVI

(Fiéssinger, *Gazette médicale* de Paris, 1890. p. 473)

P... V., âgé de 16 ans, est traité par M. le docteur Clerc. Il a la grippe au milieu de février 1890.

22 février. — La face enfle et la bouffissure augmente les jours suivants.

Le 27. — Pas de maux de tête ni de douleurs dans les reins, les urines contiennent de l'albumine, des cylindres granuleux, des cellules épithéliales.

P. s. 52; T. s. 37°2.

Le 2. — Le malade a mangé le 1er mars. Le 2 mars la bouffissure de la face augmente. Epistaxis. Maux de ventre.

A 5 heures du soir, accès d'urémie convulsive, et M. Clerc appelé en hâte fait appliquer des sangsues.

L'urine contient 4 grammes d'albumine.

Le 3. — La connaissance est revenue.

Le 12. — Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

Observation XVII

(Teissier, *La Grippe-influenza* p. 130),

Jeune fille de 18 ans. Est emportée rapidement par des accidents d'urémie comateuse consécutife à une néphrite grippale qui avait déterminé une anurie presque abolue.

Jeune fille de 20 ans, atteinte de broncho-pneumonie grippale avec albuminurie et urémie convulsive consécu-

tive à une anurie brightique presque complète. Elle a été guérie par les bains froids.

*
* *

Exemple de néphrite aiguë à forme hémorragique

Observation XVII

A la réunion de la Société américaine de Pediatry, tenue à Washington en mai 1900, R.W. Freeman rapporta un cas de néphrite hémorragique aiguë chez un enfant de 4 ans et cita 4 autres cas de cette rare complication de l'influenza.

Un cas presque identique chez un enfant beaucoup plus jeune fut observé par l'auteur qui recueillit dans la littérature médicale 40 autres cas.

Ce travail est très semblable à l'article du docteur Freeman, mais comme les matériaux sont plus abondants il est peut-être plus facile d'en tirer des conclusions.

Observation. — Emma, fillette vigoureuse de treize mois, élevée au sein, n'avait jamais été malade auparavant; devint souffrante brusquement le 19 février 1901 avec une fièvre très forte, du coryza et de la toux.

Le lendemain, les vomissements commencent et deviennent abondants ; ils consistent en du lait mal digéré et des mucosités légèrement teintées de sang.

L'enfant fut amenée et son état dénotait nettement une influenza catarrhale ordinaire, associée à un peu de colite et à une toux très pénible.

Température 102° F. Pouls 120.

On donne une potion antifébrile et du calomel.

Le 22 février, après avoir pris le calomel, nombreuses selles, les vomissements diminuent et la fièvre tombe. Il s'ensuit une amélioration de l'état général.

Le 24 (6e jour). — Un léger œdème des mains et des membres inférieurs au-dessous du genou avec une très légère bouffissure de la face apparurent. L'enfant à ce moment n'avait pas uriné depuis le matin de très bonne heure où elle avait émis une petite quantité d'urine très colorée.

La mère croit que l'enfant qui porte constamment la main à sa tête a de la céphalalgie.

Les vomissements du début qui n'avaient pas complètement cessé reprennent avec beaucoup d'intensité, mais la diarrhée a cessé.

Le cathétérisme amène l'émission de 30 cent. cubes d'une urine sanglante.

L'urine examinée par le docteur A. Hand montre les caractères suivants :

Couleur rouge. Très acide. Albumine 0,50. Pas de sucre ni de bile, dépôt léger. Hématies abondantes, leucocytes, cellules épithéliales, nombreux cylindres granuleux, nombreux cylindres hématiques. 3 cylindres colloïdes (?) Quelques cristaux d'acide urique.

Diagnostic : Néphrite hémorragique aiguë.

La tension n'est pas augmentée dans les artères périphériques, mais le second bruit aortique semble légèrement renforcé.

Le 27. — L'œdème est à peine appréciable, l'urine est

plus facilement émise (4 onces en 24 heures). 19 c. cubes d'une urine rouge clair et présentant les mêmes caractères que celle du 21 sont retirés de la vessie par le cathéterisme.

Les vomissements ont cessé mais la toux est violente et paroxystique.

Rien à l'auscultation. Température 99°1-50, F. Pouls 116.

Le traitement (bains chauds) amène des sueurs profuses.

Du 27 février au 7 mars la malade s'améliore lentement, les reins sont plus perméables, mais l'urine reste teintée de sang légèrement. Une analyse du 4 mars montre de nombreux globules rouges, leucocytes et quelques cylindres granuleux et hyalins. A partir de ce moment amélioration progressive, mais l'urine ne devint absolument normale que le 31 mars.

*
* *

Nous terminons par deux cas de néphrite grippale évoluant sous forme de mal de Bright aigu.

Observation XIX

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pagès, chef de Clinique médicale à la Faculté. Service de M. le professeur Carrieu)

C..., soldat au 122e régiment d'Infanterie, entre à l'hôpital Suburbain, salle Martin-Tisson, le 4 février 1905, pour rachialgie et céphalée.

Il raconte que huit jours auparavant il a commendé à souffrir de la tête et des reins, et que, dès ce moment, il a eu de la fièvre.

Actuellement, il accuse des douleurs lombaires qui s'irradient jusque dans les fosses iliaques et une céphalée violente qui lui vient tous les jours de 2 heures à 9 heures du soir.

Sommeil mauvais, vue bonne, quelques vertiges avec bourdonnements d'oreille. Anorexie. Ni nausées, ni vomissements. Constipation. Ne tousse ni ne crache.

Pas de palpitations.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance.

Examen. — Au cœur, dédoublement du premier bruit, légères bouffissures des paupières.

Le 6, analyse d'urine dont les résultats sont les suivants :

Quantité : 1000 cc.

Densité : 1031.

Albumine : 0,10 non rétractile.

Globules blancs.

Rares cylindres granuleux.

Le 10, nouvelles analyses d'urines.

Quantité : 1100.

Densité : 1020,

Albumine : traces.

Rares cylindres.

12 février. — Ne ressent plus que quelques douleurs lombaires.

Le 24, dernière analyse.

Quantité : 1450.

Densité : 1014.

Albumine : légères traces.

Plus de cylindres.

Le malade part en convalescence.

Observation XX

(Obs. LII du mémoire de Fiessinger)

Ed.,. P..., 8 ans, est atteint depuis le 9 février, d'une angine amygdalienne avec gonflement à l'angle de la mâchoire droite , inappétence, mal de tête frontal, constipation, abattement, épistaxis abondantes, rien aux poumons.

10 février. — Bouffissure de la face, toux sans expectoration, les urines contiennent de l'albumine et des cylindres épithéliaux, régime lacté, repos au lit.

20 février. — Albumine, 0,30 cent. (tubes d'Esbach),

26 . — L'albumine a disparu, l'enfant recommence à se nourrir. Guérison complète.

CHAPITRE IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Comment évolue la néphrite grippale?

Nous avons déjà dit un mot de son mode de début, au commencement du chapitre précédent. Rappelons ici qu'elle peut débuter en même temps que la grippe — ou bien pendant le cours, ou encore au déclin de l'infection grippale.

Parfois elle est précédée d'hématurie (Potain).

Quant à son évolution, elle peut se manifester sous divers aspects ainsi que le démontrent les observations précédentes.

C'est tantôt le tableau d'une simple congestion rénale avec seulement un peu d'albuminurie ; -- tantôt celui d'une néphrite aiguë ordinaire, quelquefois sans symptômes apparents, et dans ce cas c'est à l'analyse seule des urines qu'il

convient de s'adresser pour la dépister, quelquefois avec des œdèmes et des douleurs lombaires qui attirent immédiatement l'attention du côté du rein; — tantôt c'st le type urémique avec dyspnée intense, Cheyne-Stokes, anurie plus ou moins absolue, anasarque et coma suivi de mort.

Quelquefois elle affecte la forme hémorragique. Elle ne mérite vraiment ce nom que quand la quantité des globules sanguins qui passent dans l'urine est considérable.

Enfin, et c'est là un cas que nous avons nettement observé dernièrement dans le service de M. le professeur Carrieu, elle peut se montrer sous forme d'un mal de Bright aigu avec bruit de galop comme symptôme plus ou moins prédominant.

La durée varie selon la forme — une néphrite bénigne évolue assez rapidement — tandis que l'évolution d'une néphrite hémorragique sera plus longue selon les lésions anatomiques — et surtout suivant que le diagnostic a été plus ou moins précoce.

Milton Miller (de Philadelphie) établit que sur 28 cas observés, les plus courts furent de 6 jours — les plus longs de 3 semaines environ et les moyens de 16 à 17 jours.

Ce sont là les chiffres habituels.

Quant au pronostic il est généralement bénin. Il dépend évidemment lui aussi de l'état antérieur du rein, de la forme de la néphrite — le type urémique est seul à redouter et de l'étendue des lésions, mais il est surtout lié à la plus ou moins grande précocité du diagnostic. Plus celui-ci sera précoce, plus la durée de la néphrite sera abrégée et moins graves seront ses manifestations — et tout cela parce qu'on aura institué, dès le début, un traitement rationnel.

Nous avons cité dans notre introduction le cas d'un malade qui fit de l'urémie, parce que la néphrite avait été

méconnue et conséquemment non traitée. Il est probable qu'on avait, pour combattre l'infection grippale, — insisté sur les antithermiques et les boissons alcooliques, alors que le filtre rénal était en mauvais état. Qu'au contraire, on soupçonne une lésion rénale, de par l'aspect des urines, avant toute manifestation apparente et qu'immédiatement on institue le régime lacté; à l'exclusion de tout autre médicament la diurèse se fait et l'organisme débarrassé de ses toxines sort victorieux de la lutte avec l'infection.

Si la guérison absolue est la règle — et cela à brève échéance, il peut arriver, et le cas est rare, que la mort survienne, soit que l'organisme défaillant succombe sous le coup des toxines, soit que les lésions soit bien étendues, — soit que l'imperméabilité rénale persistant, l'urémie s'installe brusquement.

Enfin, la néphrite peut passer à l'état chronique, ainsi que l'établissent les deux observations suivantes:

Observation XXI

(Observation IX de la thèse Vigneron)

Claude G..., 33 ans, forgeron, entre le 1er avril 1890, salle Bichat, hôpital St-Antoine.

Il y a 40 ans, cet homme étant au régiment a eu une bronchite aiguë pour laquelle il passa environ un mois à l'hôpital.

C'est là tout ce que nous trouvons comme antécédents personnels.

Après sa sortie du régiment, il reprit sa profession de forgeron, et resta toujours robuste et bien portant.

Le 15 janvier 1890, il fut atteint par la grippe, il éprouva

brusquement des frissons, de la fièvre, des douleurs de tête intenses, en même temps qu'un affaiblissement considérable des membres inférieurs.

Il resta 8 jours au lit souffrant surtout des douleurs dans la tête et au niveau de la région lombaire, puis au bout de ce temps il reprit son travail sans être tout-à-fait bien rétabli.

Ses forces avaient considérablement diminué.

Vers le 10 mars, le malade remarqua que ses jambes étaient un peu enflées, la quantité d'urine, dit-il, était à peu près normale.

Le 19 mars, il se vit obligé de reprendre le lit; l'œdème des jambes avait en partie disparu mais les douleurs rénales étaient toujours très vives.

Le 1er avril voyant que son état ne s'améliorait pas, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée on trouve le malade pâle, affaibli, il ne peut se lever pendant un certain temps sans éprouver de la faiblesse dans les membres inférieurs.

On ne constate pas d'œdème de la face ni des membres.

La quantité d'urine rendue en 24 heures est d'un litre et demi, le malade est obligé de se lever deux fois par nuit pour uriner.

On constate 5 grammes d'albumine par litre; la région lombaire est toujours douloureuse.

On ne trouve rien au cœur, ni au poumon.

Il est soumis au régime lacté.

Les jours suivants le même état persiste, mais bientôt on voit un léger œdème des jambes apparaître de nouveau, puis, de temps en temps, le malade éprouve des troubles visuels.

L'albumine se maintient à peu près constamment à 5 gr. par litre.

Aux troubles visuels viennent en outre s'ajouter des troubles de la mémoire et de l'intelligence. Le malade a des absences, parfois il est en proie à des hallucinations, à de véritables accès de folie.

Le 2 mai, le malade meurt dans le coma urémique.

D'après cette observation, il semble naturel de rattacher à la grippe la lésion rénale, et de conclure à la possibilité du passage de la néphrite grippale à l'état chronique.

Observation XXII

(Observation XXII de la thèse de Vignerot)

Keller Antoine, 31 ans, bijoutier, entré le 7 août 1890, salle Littré (hôpital Saint-Antoine). Ce malade dit avoir eu une fièvre typhoïde; dans sa jeunesse il resta toujours bien portant à la suite de cette affection et ne présenta jamais aucun symptôme pouvant faire soupçonner une altération rénale.

Pas d'alcoolisme.

Au mois de février 1890, il fut atteint de la grippe.

Après s'être soigné chez lui pendant une huitaine de jours, il reprit son travail, mais, dit-il, sa santé ne se rétablit jamais complètement à partir de cette époque et il vit apparaître en dehors de toute affection vésicale ou urétrale des troubles de la sécrétion urinaire. Les urines devinrent plus foncées, un peu rougeâtres, leur quantité diminua.

Il n'y eut pas à cette époque d'œdème suffisant pour attirer l'attention du malade.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital sa faiblesse augmenta, puis il fut pris de vomissements ; en même temps il vit apparaître un œdème considérable des membres inférieurs. Le malade ne put rattacher lui-même ces symptômes à aucune cause appréciable, il n'eut pas le moindre refroidissement. Le 7 août il se décida à entrer à l'hôpital. A ce moment on constate un œdème très considérable, mou et blanc des membres inférieurs, remontant jusqu'à la racine des cuisses.

La face est très pâle, légère bouffissure des paupières. La région lombaire est douloureuse à la pression. On constate au niveau du cœur un bruit de galop très net.

Les urines sont foncées, la quantité d'albumine est très considérable.

Le malade urine moins d'un litre en 24 heures.

Le 9, on constate une infiltration considérable des bourses

Température 36°.

Pendant tout le mois d'août l'état du malade reste à peu près stationnaire.

Albuminurie considérable.

Le traitement n'amène aucune amélioration.

2 septembre. — Dyspnée considérable, râles nombreux dans la poitrine.

L'albuminurie est toujours très abondante.

Le 12. — Le malade vomit plusieurs fois dans la journée.

Le 21. — Nouvelle attaque d'urémie convulsive.

Le 22. — Mort du malade à la suite d'une 3me attaque d'urémie.

A l'autopsie on trouve deux gros reins blancs. La grippe nous semble bien dans ce cas avoir été le point de départ de la néphrite infectieuse qui a fini par passer à l'état chronique.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Les indications de la néphrite grippale sont les mêmes que celle de toute néphrite aiguë : le filtre rénal est insuffisant, il s'agit de favoriser la diurèse.

Tuvache nous donne un tableau complet et très exact de cette insuffisance quand il dit :

« Le malade n'urine plus ou presque plus ; ou plus exactement, au lieu de « pisser dans son vase de nuit, il pisse dans son tissu cellulaire », d'où les œdèmes....

Non seulement il urine dans son tissu cellulaire superficiel mais encore dans celui des organes profonds, dans son parenchyme pulmonaire, d'où la dyspnée qui marche parallèlement à l'œdème des tissus. » Et il en donne la preuve en ajoutant : « Faites uriner le malade et vous verrez sa respiration redevenue normale alors qu'il aura émis une quantité d'urine beaucoup plus considérable que celle qui serait nécessaire pour occasionner le peu d'œdème signalé aux membres inférieurs. »

« Non seulement, ajoute-t-il, le malade n'urine plus et étouffe, mais encore il s'empoisonne ; tous les déchets organiques, tous les poisons que l'urine entraîne avec elle, restent dans l'organisme. Aussi voyons-nous ces substances nocives produire des troubles divers : elles agissent en s'éliminant par l'estomac qui se révolte au contact du carbonate d'ammoniaque, corps irritant au premier chef ; plus tard, le système nerveux lui-même est attaqué, et nous assistons alors aux convulsions épileptiformes, et, en dernier lieu, au coma urémique qui précède immédiatement la mort. »

Or, nous avons un remède extrêmement efficace à opposer à cette insuffisance :

C'est le fait, qui joint à son pouvoir nutritif une action diurétique remarquable.

Sous son influence, le filtre rénal reprend ses fonctions — l'oligurie fait place à une diurèse de plus en plus abondante, — tout ce qui était anormal tel qu'albumine, cylindres globules sanguines disparaît peu à peu (1), et les œdèmes se résorbent comme par enchantement.

La quantité de lait que le malade ingèrera doit être d'au moins deux litres par jour (un bol toute les deux heures.)

Que si le malade éprouvait un certain dégoût à boire du lait, il faudrait par tous les moyens chercher à le lui rendre supportable. Souvent il suffira de l'étendre d'une eau légèrement alcaline pour que la digestibilité en soit rendu facile. Et même on pourra le rendre agréable par certains artifices tels que l'addition d'un peu de thé ou de quelques infusions aromatiques.

---

(1) Une réserve doit être faite pour l'albumine qui peut persister à l'état de traces pendant un temps plus ou moins long mais qui dépasse rarement 2 mois.

Que penser de l'emploi des diurétiques, sinon qu'il doivent être rejetés ; à moins, toutefois, que, le malade n'ingérant pas une quantité suffisante de lait, et la diurèse se faisant mal, on soit obliger d'y recourir. — On s'adressera alors selon les indications soit à la digitale, à la théobromine, à la selle, soit à la teinture de cantharides qu'on maniera avec une extrême prudence, ou au benzoate de soude.

On ne négligera pas les tisanes d'uvaursi, de stigmates de maïs ou de chiendent.

Si les œdèmes sont assez considérables pour ne pas se résorber, on ne négligera pas de provoquer des sueurs profuses pour dériver du côté de la peau les produits contenus dans le sang et conjurer ainsi les accidents les plus sérieux. On aura le choix entre diverses méthodes dont celle de notre maître le professeur Carrieu a l'avantage d'être la plus pratique et la plus efficace.

On a groupé sous le moins de médicaments anti-albuminuriques, des médicaments tels que le tanin, l'acide gallique, les sels de strontiane, etc. dont l'usage a été tour à tour vanté et délaissé, et dont l'action les fait plutôt rentrer dans le cadre des antiphlogistiques, des antiseptiques ou des diurétiques. Il n'y a pas lieu, à notre avis, de nous y arrêter.

Quoi qu'il en soit de ces divers modes de traitement, on y aura recours selon les formes et le type de néphrite.

Il est évident que la forme congestive simple sans œdème sera justiciable seulement du régime lacté — que le type s'accompagnant d'œdème, de douleurs lombaires, — la forme hémorrhagique et le mal de Bright exigeront en plus et selon le cas les ventouses sèches ou scarifiées, les diaphorétiques ou les diurétiques.

Quant au type urémique il exigera soit une saignée, soit

des lavements purgatifs, soit des inhalations de chloroforme etc, etc.

Une fois la période aiguë terminée il sera nécessaire de ménager le rein le plus possible et tarir par une régime rationnel le peu d'albuminurie qui persistera, sous peine de voir passer la néphrite à l'état chronique.

On s'adressera au régime lacté mixte (1).

Pour notre part nous avons rejeté de notre alimentation tout ce qui aurait pu introduire des *toxines* dans notre organisme et tout aliment dont *l'action irritante* eût pu nuire à la cicatrisation rénale.

Ainsi nous avons proscrit d'une part l'alcool, la viande rouge, — le gibier, — les crustacés, — les poissons à cause des leucomaïnes auxquelles ils donnent naissance -- les fromages faits, et d'autre part, les tomates, --- asperges, radis, oseille, etc., etc.

Nous avons pris du lait comme boisson ordinaire des repas qui se sont composés de purées (lentilles, pois, haricots, etc), légumes verts, viandes blanches très fraîches et bien cuites, etc., etc.

Sous l'influence de ce régime l'albuminurie qui était restée à l'état de traces a complètement disparu au bout de six semaines, et nous sommes revenu progressivement au régime ordinaire, sans qu'elle ait jamais reparu.

---

(1) L'opportunité d'une alimentation par les *œufs* a été et est encore très contestée. Toutefois on peut conclure, d'après les observations des auteurs qui se sont occupés de cette question, que si les *œufs crus* ne doivent pas être prescrits chez les individus présentant de séquelles de néphrite grippale, les *œufs cuits* peuvent sans inconvénient entrer dans leur alimentation, à moins que leurs fonctions digestives ne soient en mauvais état.

Bien entendu nous nous sommes gardé de faire jamais le moindre écart de régime.

Enfin pour être complet, nous signalerons le port d'une ceinture de flanelle comme éminemment utile.

Les frictions sèches quotidiennes qui aident au bon fonctionnement de la peau ne sont pas à négliger.

CONCLUSIONS

1. — La grippe étant une maladie infectieuse, peut, à ce titre, faire des localisations sur le rein.

2. — La symptomatologie de la néphrite grippale est celle de toute néphrite infectieuse (oligurie, albuminurie, cylindrurie, douleurs lombaires, œdèmes, etc., etc.

3. — Toutefois cette symptomatologie peut, suivant les cas, se montrer sous différents aspects, d'où il suit que la néphrite grippale peut affecter diverses formes cliniques :

Forme congestive aiguë.

Forme hémorragique.

Forme de mal de Bright aigu.

4. — La forme congestive elle-même peut se manifester par des symptômes habituels, quelquefois aussi ne se révéler par aucun symptôme apparent, et passer inaperçue ; — dans ce cas, seule, l'analyse des urines permet de la déceler.

Il importe donc d'y *penser* et de faire systématiquement une analyse d'urine dans tous les cas de grippe.

5. — Bénigne si elle est traitée à temps et convenablement — elle n'a généralement pas de tendance à la chronicité — et se termine très rarement par la mort.

6. — Le traitement de la période aiguë se résume dans le régime lacté, à l'exclusion de tout médicament interne.

Pendant la convalescence, le régime de choix est le régime lacté mixte, avec frictions sèches, repos, ceinture de flanelle.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1905.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

BIBLIOGRAPHIE

Alison. — Sur les symptômes et complications de la grippe. Archives gén. de médecine, 1890.

Berlioz. — Précis de bactériologie médicale.

Bonnelière. — Grippe à déterminations multiples. Thèse, Paris. 1893-94.

Budd. — Ugesk for Læger, 1890, L. R. XXI.

Bouchard. — Rech. bactér. sur la grippe et ses complications. Semaine médicale, 1890, page 35.

— Revue médicale, 1881, page 671.

Cezilly. — Contribution à l'étude de la grippe. Thèse, Paris, 1889-90.

Charpentier. — De la grippe et ses complications. Thèse, Paris, 1893-94.

Comby. — Société médicale des hôpitaux, 11 décembre 1891 et 8 mars 1895.

Delon-Brunet. — Contribution à l'étude des déterminations rénales et pulmonaires de la grippe. Thèse, Montpellier, 1903.

Didier. — Thèse. Paris. 1892.

Dieulafoy. — Traité de path. int., tome IV.

Duponchel. — Société médicale des hôpitaux. 1890. n° 2.

Fiessinger. — La grippe infectieuse à Oyonnax.

— Gaz. médicale de Paris, 4 octobre 1890.

Gaucher. — Pathogénie des néphrites. Thèse d'agrégation. Paris, 1889.

Geoffroy. — Société médicale des hôpitaux, 7 mai 1892.

Gingeot. — Grippe maligne à déterminations morbides multples. Journal des praticiens, 1893.

Hervouët. — Déterminations rénales de l'influenza. Soc. méd. de Nantes, 1894.

Huchard. — Soc. méd. hôpitaux, janvier 1890.

Jaccoud. — Bulletin académie de médecine, 1890, path. int.

Lécorché et *Talamon.*— Sur un cas d'albuminurie intermittente. Médecine moderne, 8 septembre 1892.

Leyden. — Wien. med. Blatt, 16 janvier 1890. Berl. Wochenschrift, 1890, n° 10.

Lœw. — Ephem. nat cur., 1729.

Mansel-Symphon. — The Lancet, 1890.

Milton-Miller. — A case of acute hemorrahagic nephritis complicating influenza. Archives of pediatryes, 1902.

Nothnagel. — Wien. Med. Blatt, 1890, n° 2.

Ozanam. — Medical essays of Edimbourg, 1.

Potain. — Union médicale, décembre 1889.

Rachkford. — Acute influenza nephritis in childood. Medic. News, 1902.

Rendu. — Revue générale clin. thérap., 1895.

Robin. — Leçons de clinique et thérap. méd., 1887.

Roux. - Complications de la grippe. Gaz. hôpitaux, 1897.

Ruelle. — De l'albuminurie dans la grippe.

Schmit. — Contribution à l'étude clinique des complications renales de la grippe. Thèse, Nancy, 1901.

Sigogne. — Contribution à l'étude de la néphrite au cours ou dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques.

Teissier. — La grippe-influenza, 1893.

— Semaine médicale, 1892.

Teissier, *Roux* et *Pittion.* — Semaine médicale. 1892.

— Archives méd. exp. et anat. pathol., Juillet-septembre 1892.

Tuvache. — De la néphrite grippale. Thèse. Paris, 1890.

Vaillard et *Vincent.* — Bull. soc. méd. des hôpit., 1884. p. 47.

Vignerot. — Les néphrites infectieuses. Thèse, Paris, 1890.

Widal. — Article Grippe in Traité de médecine Bouchard et Brissaud.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!